AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT KIEL

Zur Lehre der Paranoia chronica.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Carl Rother,

z. Zt. Oberarzt d. Res.,
Res.-Laz. Wandsbek, Abteilung Friedrichsberg.

Kiel 1919.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 92.

Rektoratsjahr 1918/19.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heine,**

z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0139

Über die Frage der paranoischen Geistesstörungen herrschen auseinandergehende Auffassungen. Besonders über die Festlegung und genaue Abgrenzung des Begriffs der Paranoia bestehen immer noch erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Der Grund dafür liegt wohl in der außerordentlich großen Verschiedenartigkeit und Vielgestaltigkeit der Krankheitsbilder, die sich wegen ihrer fließenden Übergänge ineinander nur schwer klassifizieren lassen. Zur Erleichterung des gegenseitigen Verständnisses ist aber eine genaue Begriffsbegrenzung und Einteilung eine Notwendigkeit.

Es ist das Verdienst Snell's, das primäre Vorkommen der Paranoia hervorgehoben und als für sich bestehende Geisteskrankheit aufgefaßt zu haben, nachdem man früher der Meinung gewesen war, daß sie sich als sekundäre Geistesstörung aus einer Manie oder Melancholie entwickele. Im Jahre 1865 beschrieb er unter dem Namen Monomanie, wie allgemein anerkannt, in klassischer Weise die chronische Paranoia.

Zwei Jahre später gibt Griesinger, der sich bis dahin gegen die Annahme einer primären Verrücktheit gesträubt hatte, eine solche zu.

Die gleiche Auffassung vertritt auch Sander, veranlaßt durch das von ihm zuerst beschriebene Krankheitsbild einer Verrücktheit, deren erste Anfangserscheinungen sich bis in die früheste Jugendzeit zurückverfolgen lassen, und die er aus diesem Grunde Paranoia originaria genannt hat.

War man sich so über das primäre Vorkommen der Paranoia einig geworden, erhob sich nunmehr die viel umstrittene Frage, welche Krankheitsbilder man unter diesem Begriff vereinigen dürfe.

Die engsten Grenzen hat Kraepelin gezogen, der als Paranoia nur solche Erkrankungen gelten lassen will, bei denen „ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges“ sich entwickelt und eine Heilung in keinem Falle zustande kommt. Da diese Erkrankung meist Jahre zur Entwickelung braucht und die Wahnbildung bis zum Tode fortbesteht, hat er sie chronische Paranoia genannt.

Hoche zählt zur Paranoia Seelenstörungen, die sich zu einem Wahnsystem entwickeln, keiner Korrektur durch Logik und Erfahrung zugänglich und bei erhaltener Besonnenheit frei von starken Stimmungsanomalien sind.

Eine neue Auffassung mit weiteren Grenzen gab Westphal, der im Jahre 1878 die Lehre von dem primären Vorkommen der Paranoia nach den voraufgegangenen Arbeiten Snell's, Griesinger's und Sander's zur allgemeinen Anerkennung brachte. Er sprach zuerst von einer akuten, heilbaren Form, und trennte diese als Paranoia acuta von der Grundform, der Paranoia chronica.

Mit dem engen Paranoiabegriff Kraepelin's können wir uns nicht einverstanden erklären, denn es gibt Fälle, bei denen Störungen in der Ordnung des Gedankenganges und der Besonnenheit, wenn auch nur vorübergehend, vorkommen. Solche Fälle dürfte man nach Kraepelin nicht zur Paranoia rechnen, wie er denn überhaupt die Berechtigung, zur Paranoia gezählt zu werden, nicht nur von der Eigenart der psychischen Störungen, sondern auch von den Besonderheiten des Verlaufs abhängig macht und nur die eine Verlaufsweise, nämlich die Chronizität und Unheilbarkeit gelten läßt und als pathognomonische Kriterien fordert. „Ich

kann nur solche Krankheitsfälle für wesensgleich halten, die in der Hauptsache zu demselben Ende führen.“ Erkennt man diese engen Forderungen Kraepelin's an, würde man der Symptomatologie der Paranoia eine Sonderstellung einräumen. Aus der Pathologie ist uns genügend bekannt, daß wesensgleiche Krankheiten sehr wohl in ihren Ausgängen verschieden sein können, daß akute neben chronischen, heilbare neben unheilbaren Fällen vorkommen. Die Regeln, die man ganz allgemein bei allen Erkrankungen anwendet, muß man logischerweise auch der Paranoia zubilligen, und so trennen wir denn wie die Westphal'sche Schule eine akute von einer chronischen Form, rechnen zur akuten Paranoia alle jene Fälle, die charakterisiert sind durch eine „schnelle Entwickelung von Wahnideen mit systematischem Charakter der Verfolgung und Größe“ (Siemerling), unterscheiden, je nachdem ob Sinnestäuschungen vorhanden sind oder nicht, die Paranoia simplex acuta von der Paranoia hullucinatoria acuta und halten langsame Rückbildung und vollkommene Heilung in allen Fällen für möglich. Bleibt eine Wiederherstellung aus, so kommt es entweder wiederholt zu periodischen Anfällen — diese Fälle sind selten —, oder die akute Paranoia wächst sich langsam aus zu dem Bilde der Paranoia chronica. Auch bei dieser trennen wir eine einfache von einer halluzinatorischen Form.

„Unter dem Begriff der Paranoia chronica verstehen wir eine chronische funktionelle Psychose, der eine langsam sich entwickelnde, meist zu einem System auswachsende und fortschreitende Wahnbildung eigen ist“ (Siemerling). Dabei handelt es sich nicht ausschließlich um Störungen der Verstandestätigkeit, sondern es erstrecken sich die pathologischen Vorgänge auf beide Gebiete, auf Vorstellungen und Affekte, doch liegt der Schwerpunkt des Ganzen in der Vorstellungssphäre.

Da die Entwicklung der Krankheit sich oft über viele Jahre ausdehnt und die ersten Anzeichen wenig auffallend

sind, ist es meist schwer, den Beginn zeitlich festzulegen und Einblick in die ersten Gefühlsstörungen zu erhalten.

Diese Störungen bestehen zunächst in Stimmungsanomalien, die von teils hypochondrischen, teils entgegengesetzten Empfindungen begleitet sind. Später bemächtigt sich des Kranken eine Verstimmung mit Mißtrauen. Aus diesem Mißtrauen heraus beginnt er nun seine Umgebung zu beobachten und bringt alle Vorgänge, auch die gleichgültigsten, in Beziehung zu sich. Er bekommt die Idee, daß er besonders beachtet, beobachtet wird, daß die Leute etwas gegen ihn haben (krankhafte Eigenbeziehung). Im weiteren Verlauf sind es nun Beeinträchtigungsideen, die den Kranken quälen; er sieht überall verdächtige Gestalten, die ihm folgen, die beauftragt sind, ihn zu beseitigen. Diese Verfolgungen sind mit solcher Überlegung und List angelegt, daß er Verschwörung gegen seine Person als einzige Erklärung dafür vermutet. Eine ungefärbte Wahrnehmung ist kaum mehr möglich, alles hat seine feindliche Beziehung zum Subjekt. Es ist zum fixen Wahn der Verfolgung gekommen.

Diese Verfolgungsideen (depressiver Wahn) können für sich allein bestehen, verbinden sich aber in der Regel mit Ideen der Größe (expansiver Wahn). Aus dem Verfolgten wird so eine ausgezeichnete Persönlichkeit. Besonders zu erwähnen und als pathognomonisch für Paranoia anzusehen sind Größenideen in der Richtung, daß der Kranke sich für einen Nachkommen einer hochgestellten Persönlichkeit hält.

Verfolgungsideen sind häufiger als Größenideen; beide können nacheinander oder nebeneinander in demselben Krankheitsbilde vorkommen oder isoliert bestehen. Ist der Verfolgungswahn das Primäre — und so ist es in der Mehrzahl der Fälle —, treten nicht selten im weiteren Verlauf Größenideen so mächtig und massenhaft auf, daß es zu einer völligen Umwandlung der ganzen Persönlichkeit kommt. Diese Transformation ist begreiflich, wenn man bedenkt, daß der Wahn psychologisch denselben Funktionswert hat wie die richtige

Vorstellung (v. Krafft-Ebing). Unterstützt werden die Wahnideen durch unrichtig aufgefaßte Erlebnisse und durch falsch gedeutete Wahrnehmungen, die der Kranke kritiklos in seinem Sinne verwertet. In einer Anzahl von Fällen sind die Wahnideen primäre Schöpfungen des kranken Gehirns, von vornherein systematisiert und zu einem förmlichen Wahngebäude ausgestaltet. Es sind daher Sinnestäuschungen kein unbedingtes Erfordernis für ihr Zustandekommen, in vielen Fällen sind sie jedoch so zahlreich, namentlich als Gehörstäuschungen vorhanden, daß sie eine der wichtigsten Quellen für die Weiterentwicklung der Wahnideen bilden und der Krankheit einen besonderen Stempel aufdrücken. Man bezeichnet diese Form als Paranoia chronica hallucinatoria.

Berücksichtigt man den typischen Inhalt der Wahnideen, kann man von erotischem Wahn (Erotomanie), religiösem, politischem Wahn, Erfinderwahn, Eifersuchtswahn sprechen.

Der Einfluß der Wahnideen auf das ganze Geistesleben ist ein starker, und so ist es erklärlich, daß auch die Stimmung und das Handeln der Paranoiker von ihren Wahnvorstellungen beherrscht werden. Zwar haben manche Kranke sich unter Umständen so gut in der Gewalt, daß sie in Benehmen und Handeln keine auffallenden Störungen zeigen, sich höchstens in affektvollen Erregungen verraten, doch sind das die Ausnahmen. Bei den meisten ist die Reaktion auf die Wahnvorstellungen eine lebhafte. Sie kann harmloser Natur sein und sich auf die Konstruktion aller möglichen Apparate beschränken, die der Kranke zu seinem Schutze anfertigt, es kommt aber im Affekt auch zu plötzlichen Wutausbrüchen, Tobsuchtsanfällen und gewalttätigen Angriffen gegen seine vermeintlichen Gegner oder gegen die eigene Person.

Solche Erregungszustände und gemeingefährliche Handlungen führen dann zu Konflikten mit der Polizei und zur Unterbringung in einer Irrenanstalt.

Somatisch pflegen die Erscheinungen bei der Paranoia nur gering zu sein. Die Kranken haben abgesehen von Kopfschmerzen und spannenden Schmerzen in einzelnen Muskelgebieten meist keine Beschwerden.

Der Schwerpunkt des Krankheitsganzen und dessen Hauptsymptom sind ein systematisierter, unerschütterlicher Verfolgungswahn und damit verzwickt eine wahnhafte Überschätzung der Persönlichkeit und dementsprechende fixe Größenideen. Dazu kommt als weiteres charakteristisches Symptom die absolute Kritiklosigkeit den Wahnideen gegenüber und der völlige Mangel an Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl.

Entwickelung und Verlauf sind chronisch. Die Paranoia gelangt langsam durch Jahre zu ihrer vollen Höhe, bleibt dann oft Jahre bis Jahrzehnte stationär; ganz selten kommt es zu freien Intervallen mit voller Krankheitseinsicht seitens des Kranken und Rückkehr zu geistesgesunden Zuständen. Verwechseln darf man diese freien Intervalle nicht mit geschickten Dissimulationen der Kranken, die sich mitunter so gut beherrschen, daß sie den Eindruck Gesunder machen, auch nicht mit Remissionen, die durch kürzere oder längere Zwischenstadien relativer Erholung charakterisiert sind.

Zur Heilung gelangt die Paranoia chronica nur in den allerseltensten Fällen; ihr Ausgang sind psychische Schwächezustände. Die Wahnideen verblassen allmählich, die seltener werdenden Halluzinationen verlieren ihre affekterregende Wirkung. Viele Kranke gehen durch Selbstmord zugrunde, oder kommen durch irgendwelche Verwundungen, die sie sich in ihren Erregungszuständen beibringen, und an die sich häufig Phlegmonen und Pyämien anschließen, zum Exitus.

Ätiologisch kommen hereditäre Belastung (abnorme Charaktere, Psychose, Potus in der Ascendenz), Trauma und Vergiftung in Betracht.

Als auslösende Gelegenheitsursachen sind Alkoholismus, starke Gemütserregung, Enttäuschungen zu nennen.

Im folgenden sei mir gestattet, zwei Fälle aus der Universitäts-Nervenklinik zu Kiel mitzuteilen, die nach den entwickelten Gesichtspunkten als znr Paranoia chronica gehörig anzusehen sind.

Fall I.

Patient Otto H. aus Hamburg, Friseur, geboren 25. XI. 1884, ledig, erkrankte im Februar 1912 und wird am 24. dieses Monats in die Irrenanstalt Friedrichsberg überführt und am 20. März 1913 in die Universitäts-Nervenklinik Kiel verlegt.

Laut Attest des Polizeiarztes bedarf H. wegen Geistesstörung der Aufnahme in die Irrenanstalt. Die Überführung ist erforderlich zum eigenen Schutze des Kranken und zur Abwendung von Gefahren für andere Personen (Gemeingefährlichkeit).

Der Vater des Patienten war hier vom 4. XII. 1894 und ist am 15. XII. 97 gestorben. Diagnose: Dementia paralytica.

Wird von der Sanitätskolonne gebracht; läßt sich ohne Widerstreben auf die Abteilung führen.

Nach Angabe der Transporteure widersetzte sich H. anfangs ganz energisch, so daß Gewalt gebraucht werden mußte.

168 cm großer Mann von schwächlichem Körperbau in mäßigem Ernährungszustande. Schultern sind bedeutend schmaler als das Becken. Brustkorb: rachitischer Rosenkranz. Hand- und Fußgelenke ziemlich dick. Gesichtsfarbe blaß. Leichte Kyphose der Brustwirbelsäule. Ohren: Helix im oberen Teil ziemlich schmal.

Schädel: dolichocephal. Hinterhauptdurchmesser ziemlich groß. Am rechten Scheitelbein befindet sich eine 3 cm lange Narbe. Der Schädel ist nicht empfindlich auf Beklopfung, die Kopfhaut zuckt auf Nadelstiche.

Keine Hyperästhesie.

Pupillen: rechts gleich links, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall.

Zunge: belegt, etwas trocken, keine Narben.

Gebiß: ziemlich vollzählig. Süßlicher Foetor ex ore.

Lungen normal.

Herz: in normalen Grenzen. Töne rein.

Puls 108, regelmäßig, gleichmäßig.

Abdomen: weich, nicht empfindlich auf Druck.

Milz und Leber nicht vergrößert.

Urin o. B.

Bauchdeckenreflexe normal. Kremasterreflex wenig lebhaft.

Patellarreflexe: beiderseits lebhaft, gelegentlich Andeutung von Patellarklonus.

Plantarreflex: wenig lebhaft, rechts gleich links.

Achillessehnenreflexe: sehr lebhaft, Andeutung von Klonus.

Periost- und Sehnenreflexe: an den oberen Extremitäten lebhaft, rechts gleich links.

Kein Babinski, kein Oppenheim.

Keine motorischen Störungen. Keine Sensibilitätsstörungen.

Dermatographie —, Gewicht 137 Pfund.

Der Kranke ist hier zunächst sehr erregt, protestiert gegen seine Aufnahme; er sei nicht „verrückt", höchstens etwas nervös infolge der aufregenden Ereignisse der letzten Zeit. Schon seit Jahren werde er verfolgt; von allen Leuten gehänselt; allerlei Unwahrheiten würden hinter seinem Rücken über ihn verbreitet. In den Zeitungen schreibe man Schlechtes über ihn und dergl. Wenn er hier nicht sofort entlassen würde, könnte das der Anstalt schwer zu stehen kommen. „Sie müssen ja nicht glauben, daß Sie einen gewöhnlichen Menschen vor sich haben. Ich bin Detektiv, ich weiß alles. Ich habe einen sehr scharfen Blick, mir entgeht nichts. Das kommt von der jahrelangen Übung in meiner eigenen Sache.

Durch meine Achtsamkeit ist es mir gelungen, alle Verbrechen, die gegen mich geplant waren, rechtzeitig zu entdecken, zu vereiteln. Beamter bin ich zwar nicht, aber den Titel Detektiv trage ich mit vollem Recht“ usw.

Patient faselt viel. — Bad. — Bettruhe.

25. II. 12. Nachts wenig geschlafen. Äußert allerlei unsinnige Wünsche. Tagsüber immer etwas vorlaut. Mischt sich immer in fremde Angelegenheiten usw. Hat gar keine Einsicht. Nahrungsaufnahme gut.

26. II. 12. Etwas ruhiger. Treibt Lektüre. Macht auf Befragen noch folgende Angaben: „Woran meine Eltern gestorben sind, weiß ich nicht. Wir waren 6 Kinder; das jüngste ist früh gestorben. Näheres weiß ich nicht. Wir anderen Geschwister sind soweit gesund, nur alle etwas herzleidend, leicht aufgeregt, nervös. Das kommt jedenfalls von unserer mangelhaften Erziehung bei fremden Leuten. Ich selbst bin, außer einigen leichten Influenzaanfällen, noch nie wirklich krank gewesen. Ich war noch nie in einem Krankenhaus. Krämpfe habe ich niemals gehabt, wohl leichte Schwindelanfälle durch äußere Ursache, z. B. durch schlechte Luft, was absichtlich gemacht wird durch Kollegen, Meister und andere fremde Leute, die mir nicht wohl wollen. Ich habe eine Menge Feinde. Das kommt hauptsächlich daher, daß ich ein sehr tüchtiger Mensch bin, was anderen Leuten ja mitunter ein Dorn im Auge ist. Das geht schon seit mehreren Jahren so, daß man mich zu schikanieren und zu schädigen sucht. Wiederholt habe ich bemerkt, daß was im Essen war. In letzter Zeit versuchte man es mit Gas, um mich zu betäuben, womöglich um mich ganz um die Ecke zu bringen. In den letzten Geschäften, wo ich arbeitete, verspürte ich Gasgeruch, so z. B. erst kürzlich in der Badeanstalt. Ich habe da laut um Hilfe geschrien. Man versuchte mich dadurch zu beruhigen, daß man mir erzählte, es würden Reparaturen an der Gasleitung ausgeführt. Über alle diese Fälle habe ich der Polizei schriftliche Mitteilung

gemacht. Häufig habe ich meine Arbeitsstellen gewechselt. Es war einfach nicht zum Aushalten, so wurde gegen mich intrigiert. Wenn mich die Leute garnicht in Ruhe ließen, habe ich oft gedroht: „Lassen Sie mich in Ruhe oder ich schlage Sie nieder!“ usw. Angefaßt habe ich bisher keinen. Ich weiß nicht, was die Leute gegen mich haben. Überall wohin ich komme, wissen die Leute schon Bescheid. Das muß wohl durch die Zeitung mitgeteilt werden, überall plant man schwarze Taten gegen mich. Nicht mal des Nachts habe ich Ruhe, überall höre ich Schimpfen, von draußen durch die Wände, von unten und oben im Hause. Ich habe verschiedentlich Leute zur Rede gestellt, dann wird mir erwidert, daß man garnichts gegen mich habe, Beim Essen und Biertrinken häufig heftige Stiche ins Herz, man muß mir etwas hineingetan haben. Beweise habe ich nicht dafür. Gelebt habe ich stets solide und sparsam, wenig mit Mädchen verkehrt, nie ein Trinker gewesen. Warum ich nun hierher geschickt bin, kann ich mir nicht erklären. Alles, was ich hier sage, kann man weit von hier in abgelegenen Zimmern hören.“

8. III. 12. Patient ist in letzter Zeit fügsam, ruhig, versucht zu dissimulieren, gibt aber schließlich doch zu, noch belästigt zu werden. Kein Krankheitsgefühl.

Mai 12. War Pfingsten zu Hause. Sieht blaß aus. Beschäftigt sich fleißig. Hat noch Sinnestäuschungen. In seiner Sprechweise etwas maniriert.

Dezember 12. Hält noch an seinen Wahnideen fest. Rückt nur selten mit Wahnideen heraus. Ob noch Halluzinationen bestehen, ist nicht mit Sicherheit zu sagen.

20. III. 13. Entlassen nach der Nervenklinik Kiel.

Wird aus Friedrichsberg vom Oberwärter gebracht, gibt auf Fragen ruhig und sachlich Antwort, begibt sich ruhig auf die Abteilung.

Beide Eltern seien, als Patient noch klein war, an der Cholera gestorben. Er sei dann im Waisenhaus aufgewachsen,

mit 7 Jahren zu Privatleuten nach Schönberg in Mecklenburg gekommen, dort erzogen worden. Nie ernstlich krank gewesen. In der Schule gut gelernt, aus der I. Klasse konfirmiert, dann Friseurgewerbe gelernt. Nicht an Bettnässen, Krämpfen gelitten.

4 Brüder leben, gesund, 1 Bruder klein gestorben.

Patient habe nicht beim Militär gedient, wegen allgemeiner Körperschwäche. Habe bis Februar 12 seinen Beruf zur Zufriedenheit seines Chefs ausgeübt, habe Stellung nur gewechselt, wenn er sich verbessern konnte, etwa in 12 Jahren 10 mal.

(Warum nach Friedrichsberg?) Habe Konflikt gehabt mit kranken Leuten, die das Delirium hatten.

(Was für Leute?) Arbeiter bei Gastwirt Gierke, Arenlohe. Im Sommer 1911 in Tornesch seien 2 Bauarbeiter in seinen Friseurladen gekommen, um sich rasieren zu lassen. Sie hätten dort den wahren Jakob zu lesen verlangt, er habe ihnen erklärt, solche Blätter hätte er nicht. Darauf hätten die Leute geschimpft, er sei großschnauzig. Darauf habe er sie angewiesen, das Zimmer zu verlassen, aber höflich.

(Warum halten Sie den wahren Jakob nicht?) Das tue ich wegen seiner politischen Richtung, er ist sozialistisch. Er habe den Eindruck gehabt, daß sie Delirium hatten. „Bin auch etwas Psychiater, habe auf dem Lande sehr viele Leute herumlaufen sehen, die geisteskrank seien, vor allem Trunksüchtige, die nach Alkohol rochen."

Im November hatte er wieder einen Konflikt. 3 Arbeiter wollten sich rasieren lassen, kamen in ungehobelter Weise herein, verlangten rasiert zu werden. Sie haben den Eindruck der Betrunkenheit gemacht, besonders der eine, der war Schlachter. Er half allerdings die Leute in Güte vom Grundstück herunterzubringen, war aber auch sehr betrunken, in Delirium krank, außerdem leidet er an Bauchwurm. Das greift alles eins ins andere. Ich habe die Tür vor der Nase zugemacht und zugeschlossen, habe, um sie ein bißchen ein-

zuschüchtern, mit Anzeige und Gefängnis gedroht. Tätlich sei er nie geworden. Er glaube, daß die Leute geschickt worden seien von zwei anderen Barbieren, denen er ein Dorn im Auge sei.

(Haben die beiden anderen Friseure Ihnen schon mehr geschadet?) „Ja, ich glaube, daß alle diese Geschichten von den beiden ausgehen. Die bilden mit den Arbeitern die sozialistische Partei. Der eine davon soll auch deliriumkrank sein."

In einem Zigarrengeschäft habe er gehört, daß die beiden sich geäußert hätten, sie wollten ihn schon wieder hinausekeln. Die ganze Arbeiterschaft stecke unter einer Decke, seien aber von den anderen beeinflußt. Es seien eben lauter Sozialdemokraten. Er selbst habe nie gehört, daß die beiden über ihn sprachen. Manchmal habe er auch die Leute über ihn sprechen hören. So im Vorbeigehen hätten sie Spottnamen auf das Friseurgeschäft ausgestoßen. Das seien auch Sozialdemokraten gewesen.

(Können Sie sich vielleicht nicht dabei verhört haben?) „Nein, das kann nicht der Fall sein, auch nicht, daß ich mir das etwa selbst zurecht gemacht hätte. Die Leute haben das selbst zugegeben."

Die Sozialdemokraten hätten das immer so mit ihm gemacht, auch in Hamburg, das seien auch solche aufrührerischen trunksüchtigen Leute gewesen.

(Dort auch über Sie gesprochen?) „Ja, im Geschäft." Habe sich auch Notiz davon gemacht, die Adresse notiert. (Mehr Namen aufgeschrieben?) „Ja, einige, das andere habe ich mir gut gemerkt."

(Wie nach Friedrichsberg?) „War in Hamburg, da wurde bei mir eine Sinnestäuschung angenommen, es war aber keine, ich bin geneigt, das zu beschwören, das ist aus Gehässigkeit so ausgelegt worden. Während ich im Bad lag, wurde im Hause das Gas repariert, es hat plötzlich bei mir stark nach Gas gerochen."

(Wollte man Sie vergiften?) „Nein, das habe ich damals aus Schreck ausgesprochen, man hat wohl eine Nachlässigkeit begangen. Ich habe mich beschwert, habe es der Polizei postkartlich gemeldet und die Polizei habe das als fixe Idee aufgefaßt. Darauf kam ich nach Friedrichsberg."

(Wer hat wohl die gehässige Auslegung gemacht?) „Das weiß ich nicht bestimmt, aber mit Tornesch, wo ich ein Geschäft hatte, stand es in Verbindung."

Wurde auf die Polizeiwache gerufen und dort für geisteskrank gehalten. Nach Friedrichsberg gebracht.

„In Friedrichsberg fühlte ich mich sicher, aber nicht schön. Da herrscht auch Sozialdemokratie. Die Ärzte sind dort auch dem Anschein nach Sozialdemokraten."

Gewicht 61 kg.

Größe 1,68 m.

Status: Knochenbau grazil, im ganzen etwas schmächtig. Muskulatur ebenso. Ernährung etwas reduziert.

Kopf nicht empfindlich. Maße: 15 1/2 : 18 1/2 : 57 cm.

Am Hinterhauptsbein vorn rechts seitlich eine ca. 3 cm lange Narbe.

Pupillen mittelweit, gleichweit, rund. Lidspalten links etwas weiter.

Reflex auf Licht vorhanden.

Reflex auf Convergenz vorhanden.

Augenbewegungen frei.

Facialis links mehr als rechts innerviert, vielleicht Spur schwächer als rechts.

Gebiß wenig defekt.

Zunge gerade, leicht belegt, zittert nicht.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Rachen gerötet.

Trigeminus nicht druckempfindlich.

Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten lebhaft

Grobe Kraft der oberen Extremitäten gut.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft.

Keine Ataxie.

Leichter Tremor bei gespreizten Fingern.

Bauchdecken- und Cremasterreflex lebhaft.

Kniephänomene gesteigert, rechts mehr als links. Leichter Patellarklonus von ca. 3 Zuckungen.

Achillessehnenreflex vorhanden.

Zehen plantar.

Kein Romberg.

Sensibilität normal.

Herz: I. Töne unrein.

Lungen ohne Befund.

Abdomen o. B.

Puls 70, regelmäßig, kräftig.

Arterienrohr weich.

27. III. 13. Steht auf, benimmt sich geordnet, dem Arzte gegenüber gesucht freundlich. Schreibt an Bekannte, er werde hier für gesund gehalten, hoffe bald entlassen zu werden.

28. III. 13. Schreibt an Verwandte. In dem Brief sagt er, die Geldnot wäre die Ursache seines schlechten Aussehens gewesen. Über die Hamburger Krankenhäuser aber geht nicht mit Unrecht der Ruf „nachlässige Häuser“. Er sei hier bei seiner Ankunft sorgfältig untersucht und gesund befunden.

4. IV. 13. Schreibt an die „hochwohllöbliche Polizeidirektion in Hamburg“.

9. IV. 13. Will mit dem Hamburger Staat und der Hamburger Polizeibehörde Prozeß anfangen wegen Freiheitsberaubung, Unterschlagung und Schadenersatz. Sonst auf der Abteilung geordnet und ruhig.

10. IV. 13. Fragt öfter, ob der Termin in seiner Sache gegen die Hamburger Polizeibehörde und den Hamburger Staat noch nicht festgesetzt sei. Einsichtslos gegenüber dem Wahnhaften seiner Ideen.

11. IV. 13. Ist äußerlich vollkommen ruhig und geordnet, hat über die Behandlung keinerlei Beschwerden, schreibt jedoch an Behörden und Private ab und an querulierende Briefe.

20. IV. 13. Absolut einsichtslos. Erzählt in überlegenem Tone, er habe Prozeß gegen die Polizeibehörde angestrengt, die ihn in die Anstalt gebracht habe. Hält an seinen Wahnideen zähe fest. Im übrigen ruhig, unterhält sich mit Mitpatienten.

30. IV. 13. Heute nach Schleswig überführt.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es sich um Paranoia chronica handelt. Die Erkrankung beginnt in typischer Weise, wie in der Mehrzahl der Fälle mit primären Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Der Beginn liegt Jahre zurück. Die Verfolgungsideen sind zu einem wohldurchdachten System ausgebaut. Der Patient wähnt sich von Geschäftskonkurrenten verfolgt, die mit der Polizei unter einer Decke stecken und ihm nach dem Leben trachten, ihm Gift ins Essen tun, ihn durch Gas vergiften wollen. Dieser Wahn steht für ihn unerschütterlich fest, davon ist er nicht abzubringen. Die auch vorhandenen Größenideen, er sei Detektiv, ein besonders tüchtiger Mensch und daher den Leuten ein Dorn im Auge, sind sekundärer Natur und treten gegenüber den Verfolgungsideen in den Hintergrund. Im übrigen ist der Patient bei gleichbleibender Stimmung vollkommen orientiert und zeigt keine Störungen des Gedankenganges und der Intelligenz. Sinnestäuschungen sind vorhanden, er hört aus allen Richtungen Stimmen, die ihn beschimpfen. Es bestehen weder Krankheitsgefühl noch Krankheitseinsicht. Im starken Beeinträchtigungswahn Neigung zum Querulieren.

Ätiologisch finden wir in diesem Falle eine ausgesprochene direkte, einseitige, erbliche Belastung. Der Vater des Patienten ist an Dementia paralytica in der Irrenanstalt gestorben. Der Patient selbst zeigt körperliche Degenerations-

zeichen in der Form der funktionellen Entwicklungsstörungen: Asymmetrie der Fazialisinnervation und Patellarklonus.

Fall II.

Patient Joach. Gr. aus Altona, Schlosser, geb. 17. X. 1859, verheiratet, erkrankte zuerst im Juni 1896 und wurde in das Altonaer Krankenhaus gebracht. Nach mehrfachem Aufenthalt in diesem erfolgte am 19. III. 1909 Aufnahme in die Universitätsklinik zu Kiel.

Anamnese der Frau am 26. VI. 1896: Keine Heredität. Nach der Schulzeit in der Lehre als Schlosser. 1887 bis 1893 Wirtschaft, trank da übermäßig viel. Im Rausch streitsüchtig und eigensinnig. Wirtschaft aufgegeben, weil er zuviel trank dabei. Später Arbeit bei der Eisenbahn. Als Soldat Schlag gegen das linke Ohr, taub darauf. Schon seit Jahren spreche er davon — auch ohne betrunken zu sein — die Leute sprächen über ihn. Habe am 12. VI. Ideen von großen Reichtümern geäußert. Am 13. VI. der Kaiser wolle ihn totmachen. Eine Woche vorher auffallend ruhig. In der Betrunkenheit sinnlos wütend, gewalttätig, schlug, schrie. Schon seit Jahren Eifersuchtsideen starken Grades. An Krämpfen nie gelitten, doch warf er sich in seiner Wut auf den Boden, Schaum vor dem Mund. Hatte viel mit Blei zu tun.

16. VI. Größenideen: 1½ Millionen Mark. Der Kaiser habe ihm eine Postkarte geschrieben.

17. VI. Zeitweise ängstlich, dann wieder heiter. Hypochondrische Ideen. Arm ist abgefault gewesen vom Ellenbogen abwärts, seine Leiche möge man der Frau ausliefern.

23. VI. Dauernd hypochondrische Ideen. Sein Herz schlägt nur noch so eben. Ist von Prinz Heinrich vergiftet worden. Befühlt sich häufig den Puls, liegt mit gerunzelter Stirn im Bett.

12. VII. Ist jetzt vergnügter, heiterer. Auf der ruhigeren Abteilung.

18. VII. Vollkommen orientiert. Spontan keine Wahnideen mehr.

27. VII. Gebessert entlassen. (Status: Fazialis rechts mehr innerviert als links. Pupillen wenig reagierend. Kniephänomene abgeschwächt.)

II. 1. XI. 1899 bis 14. XI. 1899.

Anamnese der Frau: Patient sei Trinker, der nichts mehr arbeiten kann. Eifersuchtsideen, mißhandle sie in der Trunkenheit. Größenideen, er sei der Kaiser, die Glocken läuten ihm zu Ehren. Ins Krankenhaus nach einem Tobsuchtsanfall in der Trunkenheit. Schleppte die Fässer auf die Straße, ließ den Inhalt auslaufen, drohte mit jedem anzubinden, drohte tätlich zu werden. Bei Anwesenheit des Kaisers in Hamburg auffallendes Benehmen, schritt mit entblößtem Haupt grüßend durch die Menge, legte vorm Denkmal weißes Taschentuch nieder.

Status: Keine groben Intelligenzdefekte. Leugnet obige Handlungen und Ideen. Frau wolle ihn nur weghaben, er tue nichts Gefährliches, halte sich nicht für den Kaiser. Einsichtslos. Psychopathischer Blick, pathetisches Wesen, Gedächtnislücken.

14. XI. 99. Der Frau auf Wunsch mitgegeben. Potus concidiert, sei nie krank gewesen. Als Kind 1 Krampfanfall.

III. 12. V. 1900 bis 5. XI. 1900.

Frau: Patient habe mehr als je getrunken, Tobsuchtsanfälle fast täglich, Größenideen (Sohn des Kaisers Friedrich). Im Rausch Gläser und Geldkasse der Frau an den Kopf geworfen. Auf der Straße auffallendes Benehmen, grüßt jeden Offizier etc.

Status: Kann die Aufenthalte im Krankenhause nicht mehr zusammendenken. Bei seinen Schilderungen sehr umständlich, romanhafte Erzählungen, von Kaiser Friedrich ausgezeichnet, glaubt dessen Sohn zu sein. Sieht mit Interesse,

daß der Arzt alles notiert, glaubt, er habe jetzt bewiesen, daß er gesund sei. Für sein Benehmen zu Hause einsichtslos.

Während des Aufenthaltes ruhig, besonnen, nur wenn auf die Frau die Rede kommt, fängt er an zu schimpfen.

5. XI. Nach Schleswig.

IV. 12. XII. 1908 bis 19. III. 1909.

Keine Anamnese. — Ruhig. Persönlich, zeitlich und örtlich orientiert.

(Weshalb hier?) Völlig konfuse Reden.

Selbstgespräche. Maniriertheit. Grundloses Lachen, Euphorie, Echopraxie. — Pupillen und Kniephänomene ++.

19. III. 09. Morgens von Altona gebracht.

Größe 159 cm.

Gewicht 60 kg.

Temperatur 36,7 —.

Knochenbau kräftig. Mittlere Ernährung. Haare auf dem Scheitel gelichtet. Gesicht gebräunt. Schädelmaße: $18\,^1/_4 : 15\,^1/_2 : 55\,^1/_2$ cm.

Pupillen unter mittelweit, linke Spur weiter als rechte, etwas verzogen, nicht ganz zentriert.

Lichtreaktion sehr träge und ausgiebig.

Convergenzreaktion + +.

Augenbewegungen frei.

Facialis links mehr innerviert als rechts.

Sprache etwas nasal, zuweilen anstoßend, hesitierend.

Nase etwas nach rechts.

Zunge leicht belegt, zittert ruckweise.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Rachenreflex vorhanden.

Leichter Tremor manuum.

Dynamometer rechts 80, links 90.

Reflexe der oberen Extremitäten nicht gesteigert.

Mechanische Muskelerregbarkeit etwas lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten deutlich.

Cremasterreflex vorhanden.

Abdominalreflex lebhaft.

Kniephänomene und Achillessehnenreflex vorhanden.

Zehen plantar.

Kein Romberg.

Pinselberührung lokalisiert. Spitz und stumpf unterschieden.

Schmerzempfindung normal.

Große Nervenstämme nicht druckempfindlich.

Puls 72, regelmäßig, nicht sehr kräftig. Temporalis geschlängelt. Arterie etwas rigide.

Herztöne rein, Lungen o. B. Leib weich, o. B.

Mäßige Kyphose.

(Wo hier?) Kiel. — Auf Befragen: . . . hieß das früher Höhluft . . . jetzt Kieler Krankenhaus.

(Wo hier?) Altona.

(Geboren?) Zu Altona.

(Datum?) Das . . . kann ich nicht sagen. 21. oder 22. . . . im März . . . 1909.

(Personalien?) +.

(Wie lange im Altonaer Krankenhaus?) 1 mal XII.

(Alt?) 50 Jahre.

(Vorher?) Sei zuerst in Mähren gewesen, dann von einem Siechenhaus in das andere. Sei immer gefangen gewesen in Siechen- und Krankenhäusern. Von seinen Brüdern hergebracht. „Das ist so die Weltordnung, daß die Leute so genommen werden für die Betriebserhaltung auf Maschinen, Schiffen und Bahnen, sowie die Länder, welche Insel seien, voneinander zu bringen, oder nach einem anderen Landesherrn zu holen. Es befinden sich auch zu diesem Zweck der Weltregierung Damen und Männer in den Lüften und Gewässern. Unsere Triebe, um der Welt zu halten, sind Jilsen, Azilsen, Illusiten, sowie Mikrophons, Telephons und elektrische Bahnen.“

(Warum in die Anstalt gebracht?) Bei dieser Gelegenheit werden durch den Staat so und soviel Menschen durch die Ziehung wieder hergestellt und die sollen dann wieder Wohnung haben.

(Nicht krank?) Nein.

(Sind Sie berufen?) Dazu sind wir wohl alle berufen, daß wir diesen Dienst vollführen müssen.

(Stimmen?) Nein.

(Die zu Ihnen sprechen?) Das sind die Telephons und Mikrophons von der ganzen Welt. Auch von den Bahnen gehen die Gespräche durch alle Welt. Die Knalleffektionen gehen von den Alloviten aus, welche zum Zwecke der Kriege Kanonenschießen, sowie Patronenschießen sind. Dazu gehören auch die Aufziehung der Luftkanonen, da war ich auch eine Zeitlang dabei.

(Luftkanonen erfunden?) Nein.

(Was soll aus Ihnen noch werden?) Wenn ich hier entlassen werde, netten Anzug habe, werde ich bald wieder der reiche Mann sein in Kiel.

(Früher auch schon reich?) Jawohl, ein paar Milliarden.

(Wo Geld geblieben?) Alles in Kiel geblieben als der Krieg in den 60 er Jahren erklärt wurde.

(Woher das Geld?) Durch die Arbeit habe er es verdient, 350 Mark wöchentlich.

Früher einmal Eitertripper und Schanker.

(Seit wann Sprache schlechter?) Seit 1907, seitdem ich zum letzten Mal im Siechenhaus war.

Habe nie getrunken, habe Destillation gehabt.

(Alkoholische Erregungszustände!) Das wird wohl ein anderer sein.

(Eifersüchtig gewesen?) Mann von Sinn und Verstand kann nicht eifersüchtig sein, weil der Staat verlangt, daß die Frau sich hinlege und sich gebrauchen lasse.

Schon sehr viele Frauen gehabt, zuletzt auf offener Straße sich trauen lassen.

22. III. Hält sich dauernd ruhig, gutmütig, verträglich, ißt und schläft gut.

27. III. Steht auf, verhält sich ruhig, macht sonderbare Bemerkungen, alles ist für ihn elektrisch, das Bett, er selbst und über allem schwebt ein großes Meer.

28. III. Heute im Laufe des Tages immer unruhiger, spricht in gereiztem Tone vor sich hin, schimpft laut, wirft mit Pantoffeln. Auf Fragen nur gereizte Antworten ohne rechte Auskunft. Nach Isolierhaus verlegt. Verhält sich dort ganz ruhig, sagt, hier sei es wunderschön.

30. III. Dauernd etwas gereizt, will nicht wieder nach Altona. Lacht häufig still vor sich hin, spricht zeitweise konfus.

6. IV. Steht auf, ruhig und geordnet, sitzt meist untätig an einem Fenster, macht bei Begrüßung euphorischen Eindruck, redet konfus.

20. IV. Sagt auf Befragen, es gehe ihm sehr gut. Ist auch dauernd in ruhiger guter Stimmung, erhebt sich sofort bei der Visite und begrüßt die Ärzte freundlich.

Elektrisiert wird noch dauernd auf ihn ein. Will nicht auf Drahtbett sitzen, es gehen Ströme durch seinen Körper.

28. IV. Ruhig und lenksam, spricht wenig, gibt aber auf Fragen Antwort und entwickelt dann seine Ideen, die sich fast nur mit Elektrizität in Beziehung zu seinem Körper befassen.

8. V. Spricht und schimpft viel vor sich hin, brummt in eigentümlicher Weise. Erzählt, daß er heute mitgearbeitet habe, dann höre er die Stimmen nicht so.

10. V. Auf Befragen, warum er solche grunzenden Töne von sich gebe: Das geschehe durch hydraulische Pressen. Die arbeiteten immer, auch die anderen. Das sehe er ja. Er habe solche dunklen Ringe um die Augen, andere auch. — Spricht viel vor sich hin. Dauernd grunzende Töne.

18. V. Klinische Vorstellung, redet dabei ununterbrochen.

20. V. Grunzt viel und gibt sonst sonderbare Töne von sich.

22. V. Ungeheilt nach Schleswig überführt.

Auch dieses Krankheitsbild muß man zweifellos zur chronischen Paranoia rechnen.

Aus der Anamnese ist der zeitliche Beginn nicht klar zu ersehen. Der übermäßige Alkoholmißbrauch ist die auslösende Gelegenheitsursache. Die Angabe der Ehefrau, daß Patient im Rausche streitsüchtig, eigensinnig und gewalttätig sei, seit Jahren starke Eifersuchtsideen zeige, lassen den Schluß zu, daß lange vor der Einlieferung in das Altonaer Krankenhaus die ersten Störungen vorhanden waren. In diesem Sinne lassen sich besonders die Eifersuchtsideen verwerten. Lange Zeit sind sie das alleinige Symptom, bis dann plötzlich Ideen von Größenwahn (große Reichtümer), bald darauf auch Verfolgungswahn und hypochondrische Ideen in den Vordergrund des Bildes treten und dieses ganz beherrschen Doch bleibt auch der Eifersuchtswahn bestehen, so daß Größenwahn, Verfolgungswahn und Eifersuchtswahn nebeneinander vorhanden sind. Weiter ist typisch für die chronische Paranoia die Größenwahnidee, der Sohn Kaiser Friedrichs zu sein. Es hat also hier eine Umwandlung der ganzen Persönlichkeit stattgefunden.

Starke Erregungszustände mit Wutausbrüchen wechseln ab mit Zeiten relativer Ruhe und Besonnenheit.

Anfangs fehlen Sinnestäuschungen, doch treten sie im weiteren Verlauf der Erkrankung als Gehörshalluzinationen (Telephon, Mikrophon) auf.

Der Patient hat sich seine eigene Welt aufgebaut und bedient sich einer besonderen Ausdrucksweise mit zahlreichen neuen Worten, durch die er sich verständlich zu machen sucht. Es sind das alles für die Paranoia chronica charakteristische Symptome.

Im ganzen ist das Krankheitsbild außerordentlich vielseitig und wechselnd und zeigt fast alle Störungen, die bei der chronischen Paranoia überhaupt vorkommen.

Krankheitseinsicht und Krankheitsgefühl fehlen vollkommen. Das Wahnsystem ist unerschütterlich.

Gegen Ende der Beobachtung in Kiel machen sich ein Zerfall des Wahnsystems und geistige Schwäche bemerkbar.

Ätiologisch kommt Heredität in Frage. Wenn auch anamnestisch darüber nichts zu erfahren ist, so lassen doch die körperlichen Degenerationszeichen: exzentrische Pupillen und asymmetrische Innervation des Fazialis, eine erbliche Belastung wahrscheinlich erscheinen. Auch das Trauma (Schlag gegen das Ohr und nachfolgende Taubheit) mag seine Bedeutung haben.

Als auslösende Gelegenheitsursache fällt sicher der starke Alkoholismus schwer ins Gewicht.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung und Durchsicht der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie.

Cramer: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 51.

Westphal: Über die Verrücktheit. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 34.

Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

Griesinger: Archiv f. Psychiatrie I.

Snell: Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 22.

Kraepelin: Psychiatrie II.

Lebenslauf.

Ich, Carl Johann August Rother, evangelischer Konfession, verheiratet, wurde am 19. V. 89 als Sohn des Torpedo-Obermechanikers Emil Rother in Friedrichsort geboren. Anfangs besuchte ich die Garnisonschule meines Heimatsortes, später die Oberrealschule zu Kiel, die ich am 2. März 1909 mit dem Zeugnis der Reife verließ. In Kiel und München studierte ich Medizin. Vom 1. X. 1911 bis 1. IV. 1912 genügte ich meiner Dienstpflicht. Die vorgeschriebene Prüfung im Lateinischen legte ich am 3. Mai 1912 ab und bestand am 8. XI. 12 in Kiel das Physikum. Am 2. August 1914 rief mich meine Mobilmachungsordre nach Posen. Am 14. August 1914 bestand ich in Breslau das medizinische Staatsexamen. Während des Krieges war ich vier Jahre lang, zunächst im Osten, dann im Westen, dauernd als Truppenarzt tätig.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Anschütz, Barlow, Bauereisen, Baum, Behr, Böhme, Brandes, Brandt, Deussen, Dieterici, Doehle, Falck, Fischer, Friedrich, Göbell, Graetz, Harries, Heller, Heine, Hensen, Hoehne, Holzapfel, Hoppe-Seyler, v. Korff, Kerschensteiner, Klein, Klingmüller, Lohmann, Lubarsch, Lüthje, Meves, Michaud, Mollier, Neumayer, Noeßke, Reinke, Rückert, Schade, Seitz, Siemerling, v. Spee, v. Starck, Stoeckel, Wenger, v. Weißenstein, Ziemke.

Allen meinen verehrten Lehrern spreche ich hiermit meinen Dank aus.